

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Edsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Johan Welander	

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: *Diabetes*

#### Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

#### DEL 1 – Planen

##### **Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

Leif Stille - Specialist i Allmänmedicin [mr.stille@gmail.com](mailto:mr.stille@gmail.com)

Rabiae Shirzai - Specialist i Allmänmedicin

Karin Klintmalm - Distriktssjuksköterska

Carina Jutemalm - Distriktssjuksköterska

Marieme Khechine Martinez - ST-läkare

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Edsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
<b>Johan Welander</b>	

### Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

**Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?** Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Under föregående år (2021) genomförde vi ett förbättringsarbete inom området Diabetes. Vi hade inför det arbetet märkt av en försämring gällande kvalitetsparametrar hos våra diabetiker.

Resultaten visade på förbättringar inom i princip alla mätta områden men vi upplever ett kvarstående behov av förbättring gällande vår hantering av diabetespacienter. Vi har nu 531 listade diabetiker på Edsbergs VC av total 13179 listade patienter. 54,5 % av diabetikerna har ett HbA1c under 52 mmol/l. 6,2 % har ett dåligt relaterat HbA1c över 70 mmol/l.

Andelen diabetiker som står på statin har förbättrats i och med förra årets arbete och ligger nu på 67%. Vi tror detta kan förbättras ytterligare genom fortsatt medvetet arbete.

Vi har en relativt stabil läkargrupp, såväl som distriktssjuksköterskegrupp, och ser långsiktiga vinster med att bygga upp en hög kompetens inom området diabetes.

### Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Diabetes och kardiovaskulär prevention

### Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)

- Vi vill förbättra kunskapsläget bland våra doktorer och distriktssjuksköterskor kring hanteringen av patienter med diabetes gällande själva grundsjukdomen likväl som kardiovaskulära riskfaktorer
- Det förbättrade kunskapsläget kommer i sin tur leda till bättre diabetesvård vilket är vårt primära mål med detta arbete

**Steg 4 Specifika delmål**– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Edsbergs vårdcentral

Verksamhetschef

**Johan Welander**

Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi vill...

1. öka andelen diabetiker har ett välreglerat HbA1c (54,5-60%)
2. minska andelen diabetiker med dåligt reglerat HbA1c (6,2-5,0%)
3. öka andelen diabetiker som får förskrivet statiner (67-75%)
4. öka andelen diabetiker med LDL under 2,6 (49,2-55%)
5. minska andelen diabetiker med LDL över 2,9 (27,5-25%)
6. minska andelen diabetiker som röker (9-8%)
7. minska andelen diabetiker med övervikt (34,8-32)
8. öka andelen diabetiker med blodtryck < 140/85

**Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

- Dssk kommer genomföra tätare kontroller och mätningar av diabetiker
- MAL skall tillsammans med dssk ta fram en enkät med syfte att bättre kunna aktivera patienter i hanteringen av deras hälsotillstånd
- Vi planerar för regelbundna falldiskussioner rörande diabetespatienter på våra läkarmöten
- Vi kommer gå igenom NDRs riskmotor med läkargruppen
- Anordna utbildningar kring nya antidiabetika för läkare och diabetessjuksköterskor, detta hanteras av MAL på vårdcentralen. Målsättningen är att utbildningarna kommer från oberoende parter som t.ex. APC.
- Gå igenom aktuella riktlinjer för diabetiker i läkargruppen, med stöd i Kloka Listan, Nationella Riktlinjer, Janusinfo och rekommendationer från viss.nu.
- Regelbundet utse en läkare som får presentera en aspekt av diabetsbehandling under våra läkarmöten
- Gå igenom sjuksköterskornas roll med målsättning att öka deras ansvar kring hanteringen av diabetiker såsom mer regelbunden kontroll av blodsocker, medicinjusteringar och livstilsförändringar såsom rökning, motion och viktreduktion (i adekvata fall).

- Dssk skall med hjälp av ett frågeformulär försöka få bättre insikt gällande vad pat. upplever skulle kunna förbättra deras hälsa relaterat till sin diabetessjukdom.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn  Edsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef <b>Johan Welander</b>	Aktnummer (ifylles av HSF)

**Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)**

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=processmått, t.ex. antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med Hba1c < 52	54,5	220101	60		221231
<b>Indikator 2</b>	Andel diabetiker med HbA1c > 70	6,2	220101	5,0		221231
<b>Indikator 3</b>	Andel diabetiker som står på statinbehandling	67	220101	75		221231
<b>Indikator 4</b>	Andel diabetiker med LDL < 2,6	49,2	220101	55		221231
<b>Indikator 5</b>	Andel diabetiker med LDL > 2,9	27,5	220101	25		221231
<b>Indikator 6</b>	Andel diabetiker som röker	9	220101	8		221231
<b>Indikator 7</b>	Andel diabetiker BMI > 30	34,8	220101	32		221231
<b>Indikator 8</b>	Andel diabetiker med Bltr < 140/85	64,2	220101	70		221231

**Kommentar (valfritt):**

*TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**Kommentar (valfritt):**

Vi vill bygga vidare på tidigare erfarenheter i arbetet med att förbättra diabetesvården. Målsättningen är att försöka påverka parametrar över ett bredare spann, med insatser som berör flertalet riskfaktorer relaterade till diabetessjukdomen men även associerad kardiovaskulär sjukdom. På grund av svårigheter att isolera diabetiker med hög risk gällande kardiovaskulär sjukdom kan vi inte sätta mer specifika delmål gällande LDL < 2,6. Vi strävar dock efter att öka andelen diabetiker med LDL < 2,6 samt att minska gruppen diabetiker med LDL > 2,9.

**Vilka källor tar ni era data från:**

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Edsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
<b>Johan Welander</b>	

- MedRave4
- Take Care
- NDR

### **Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

### **A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Under 2022, har vi fortsatt arbetet med att optimera diabetesvård på vår vårdcentral. Diabetessköterskor (DSK) har kallat diabetespatienterna en gång per år och kontrollerat HbA1c, BMI och midjemått samt genomfört fotstatus. DSK-besök har också handlat om att kartlägga de ohälsosamma levnadsvanorna och stödja patienterna i sina livsstilsförändringar. DSK-kontroll med läkarbesök har inneburit att vi har träffat diabetespatienterna minst 2 gånger per år. Vi har ökat samarbetet med DSK med regelbundna träff mellan DSK och diabetesansvarig läkare en gång per månad och tagit upp de svåra fallen.

För att öka kunskapen kring de nya antidiabetika, anordnades interna utbildningar för läkargruppen och sköterskegruppen, samt tagits upp de svåra fallen för diskussion inom läkargruppen.

### **B. Resultat**

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram som visar mätvärdena över tid)

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn  Edsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef <b>Johan Welander</b>	Aktnummer (ifylles av HSF)

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge (%)</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (%)</b>	<b>Resultat (%)</b>	<b>Källa</b>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med HbA1c < 52	54,5	220101	60	58,3	Medrave M4	221231
<b>Indikator 2</b>	Andel diabetiker med HbA1c > 70	6,2	220101	5,0	6,3	Medrave M4	221231
<b>Indikator 3</b>	Andel diabetiker som står på statinbehandling	67	220101	75	72	Medrave M4	221231
<b>Indikator 4</b>	Andel diabetiker med LDL < 2,6	49,2	220101	55	56,6	Medrave M4	221231
<b>Indikator 5</b>	Andel diabetiker med LDL > 2,9	27,5	220101	25	23,4	Medrave M4	221231
<b>Indikator 6</b>	Andel diabetiker som röker	9	220101	8	7	Medrave M4	221231
<b>Indikator 7</b>	Andel diabetiker med BMI > 30	34,8	220101	32	32,9	Medrave M4	221231
<b>Indikator 8</b>	Andel diabetiker med Btr < 140/85	64,2	220101	70	65	Medrave M4	221231

**Övriga kommentarer:**

**C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

1.  
Arbetet med att förbättra diabetesvård är ett långsiktigt arbete, vi har uppnått mål med att sänka andelen av vår diabetiker med LDL som är över 2,9 och andelen av våra diabetiker som röker, samt att höja andelen av vår diabetiker med LDL som är under 2,6 vilket är glädjande. Vi har närmast oss till målet i övriga indikatorer förutom andelen av våra diabetiker som har registrerat förhöjt HbA1c över 70 som har ökat med 0,1%. En förklaring till detta är att Medrave M4 fångar inte HbA1c som uppmäts på en annan mottagning dit patienten remitterades för att optimera diabetesbehandling.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Edsbergs vårdcentral

Verksamhetschef

**Johan Welander**

Aktnummer (ifylles av HSF)

2.

Patienter har involverats främst genom vår hälsoenkät som patienten förbereder samt provsvar som är tagna före besöket för att öka möjlighet till diskussion kring livsstilsförändringar såsom levnadsvanor, kost, motion och tobak.

3.

Att fortsätta med kallelsesystem av våra diabetiker till våra diabetessköterskor och läkare, med att fortsätta med regelbundna diskussioner inom läkargruppen och i ronden med specialintresserad läkare som har ett övergripande ansvar. Det är viktigt att alla kollegor arbetar aktivt för att uppdatera sig gällande nya riktlinjer och behandlingsalternativ.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)